

نموذج شكاوى بموجب الباب السادس هيئة النقل الإقليمية لمنطقة دي موين (DART)

تلتزم DART بضمان عدم استبعاد أي شخص من المشاركة في خدماتها أو مزاياها أو حرمانه منهم على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي بموجب الباب السادس من قانون الحقوق المدنية لعام 1964، بصيغته المعدلة. يجب تقديم الشكاوى بموجب الباب السادس في غضون 300 يوم من تاريخ واقعة التمييز المزعومة.

المعلومات التالية ضرورية لمساعدتنا في معالجة الشكوى. إذا كنت بحاجة إلى أي مساعدة في استكمال هذا النموذج، يُرجى التواصل مع مدير خدمة عملاء DART عن طريق الاتصال على الرقم (515) 283-8131. يجب إعادة النموذج المكتمل موجّهًا إلى مدير خدمة عملاء DART على العنوان: DART, Customer Service Manager, 620 Cherry Street, Des Moines, Iowa 50309.

الاسم:	رقم الهاتف خلال النهار:
عنوان الشارع:	المدينة، الولاية، الرمز البريدي:

الشخص الذي تعرض للتمييز (إذا كان بخلاف مقدم الشكوى):

الاسم:	رقم الهاتف خلال النهار:
عنوان الشارع:	المدينة، الولاية، الرمز البريدي:

أي مما يلي يصف بأفضل شكل سبب التمييز المزعوم؟ (حدد ما ينطبق)

- العرق اللون الأصل القومي محدودية إتقان اللغة الإنجليزية غير ذلك: _____

تاريخ الواقعة: _____

وقت الواقعة: _____

هل قدمت شكوى إلى أي وكالات أخرى فيدرالية أو محلية أو تابعة للولاية؟ (اختر واحدة)

لا

نعم

إذا كان الأمر كذلك، اذكر الوكالة/الوكالات ومعلومات الاتصال:

الوكالة:	اسم مسؤول الاتصال:
العنوان:	رقم الهاتف:

الوكالة:	اسم مسؤول الاتصال:
العنوان:	رقم الهاتف:

أقر بأنني قد قرأت الاتهام الوارد أعلاه وبأنه صحيح على حد علمي واعتقادي.

توقيع مقدم الشكوى التاريخ

اسم مقدم الشكوى مكتوباً أو مطبوعاً

تاريخ الاستلام:
المستلم: